Ueber die

Stenose des Oesophagus.

Inaugural-Dissertation,

der

medicinischen Fakultät zu Würzburg vorgelegt

von

Jac. Herm. Bockenheimer,
Dr. med.

Würzburg.
Druck von Carl Joseph Becker.
1861.

Meinen theuren Eltern

aus

kindlicher Liebe und Dankbarkeit.

Vorrede.

Indem ich diese Abhandlung dem Drucke übergebe, stehe ich im Begriffe von Würzburg Abschied zu nehmen. Wenn ich Würzburg liebgewonnen, und der Abschied mir schwer wird, so ist dies insbesondere desshalb der Fall, weil ich damit zugleich von meinen hochverehrten und geschätzten Lehrern Abschied nehmen muss. Nicht nur, dass ich mich für ihre freundliche Unterweisung und für die durch sie mir erworbenen Kenntnissen zu unendlichem Danke verpflichtet fühlte, ist es in noch in höherem Grade das freundschaftliche Verhältnisse, in welchem ich mit allen meinen geschätzten Lehrern gestanden zu haben, mich rühmen kann. Würzburg ist mir gerade dadurch unvergesslich ge-

worden, gerade desshalb werde ich mich stets mit Freude und Vergnügen an jene Stunden erinnern, die ich in meinem akademischen Leben auf der Universität Würzburg zugebracht habe.

Noch spreche ich hiermit besondern Dank aus für die Freundlichkeit, womit Herr Hofrath v. Marcus, die Hrn. Prof. Rinecker und Textor den Gebrauch ihrer Bibliothek, Herr Prof. Förster die Benutzung der Präparate der pathologischen Sammlung mir bei der Bearbeitung vorliegenden Themas überliessen.

Der Verfasser.

Mit dem Namen „Stenose des Oesophagus“ bezeichnet man die gehinderte oder vollständig aufgehobene Durchgängigkeit der Speiseröhre. Da eine grosse Reihe pathologischer Veränderungen innerhalb und ausserhalb der Speiseröhre diesen Zustand hervorrufen kann, die Stenose somit nur ein gemeinsames Symptom verschiedener Affectionen ist, so wird die Beschreibung der pathologischen Verhältnisse auch die Aetiologie dieses Zustandes in sich fassen müssen.

Die Kenntniss dieses in der Literatur mit den verschiedensten Namen [1]) bezeichneten Zustandes gehört schon der ältesten Zeit an, doch konnte eine genaue Scheidung der Ursachen oder, wenn wir so sagen wollen der verschiedenen Arten der Stenose erst mit dem genauen Studium der pathologischen Anatomie statt finden und wir haben desshalb auch seit dieser Zeit eine grosse Anzahl theils grösserer theils kleinerer Abhand-

---

[1]) Synonyme und theilweise die Natur der Stenose bestimmende Ausdrücke sind: Dysphagia oesophagea; dysphagia organica; dysph. oesophagostena; deglutitio difficil; deglutitio impedita; Strictura oesophag.; diffic. descensus alimentor. Impedit. descens. alimentor; Oesophagi angustia; Stenochoria; Dysphag. polyposa; Dysph. scirrhos. Dysph. carcimomatos. Carcim. oesophag.; Dysphag. aneurysmatica; Dysph. strumosa etc. etc.

lungen, von denen ich die, welche ich zu vorliegender Arbeit benutzt, namentlich aufführen will:

Bleuland. De difficil. aut impedit. alimentor. depulsione 1780.

Sandifordt. Mus. anatom. Tab. 105. F. 1 u. 2. 1799.

Richter, Anfangsgründe der Wundarzneikunst 1800. Bd. IV. c. 9. fremde Körper in der Speiseröhre.

Wiehmann, Ideen zur Diagnostik. Bd. III. 1802.

Home. Practical. observat. in the treatment of stricture in the urethra and oesophagus. 1803.

Richerand, Grundriss der neueren Wundarzneikunst. 1808.

Journal der Chirurgie u. Augenheilkunde v. Gräfe und Walther. Bd. XI. Hft. I. Bd. IV. Hft. II. Brl. 1822.

Abererombie, Untersuchungen über die Krankheiten des Magens, 1830.

Rust. Magazin für die gesammte Heilkunde. Bd. 39. 1839.

Naumann, Handbuch der medicin. Klinik. 1834.

Copland's, Wörterbuch der practischen Medicin. (Uebstzt.) 1844.

Rokitansky pathol. Anatom. Wien 1844.

Rokitansky oester. Jahrbücher Bd. XXIX.

Lebert, physiol. patholog. 1845.

Wiener medicin. Woehenschrift. (Oppolzer.) 1851. Nr. 2, 5, 12.

Schuh, Patholog. und Therap. der Pseudoplasmen. Wien 1854.

Foerster, pathol. Anatom. Bd. II. 1854.

Virchow, Pathol. und Therap. (Bamberger) Bd. VI.

Aerztliches Intelligenzblatt, Nr. 33. Aug. 1859.

Würzb. medic. Zeitschrift. Hft. III. 1861.

Bei der Bearbeitung dieses Themas ist unsere Absicht zunächst diejenigen pathologischen Veränderungen des Oesophagus und seiner Nachbarorgane hervorzuheben, wodurch eine Stenose dieses Kanals hervorgerufen werden kann, sodann auf die Symptomatalogie einzugehen und schliesslich die differentielle Diagnose und die Therapie durchzugehen mit Berücksichtigung der mir in der hiesigen Klinik und Poliklinik beobachteten Fälle [1]) und im Anschluss an die pathologisch-anatomischen Präparate der hiesigen Sammlung.

Pathologische Anatomie.

a) Stenosen, bedingt durch Veränderung der Häute des Oesophagus selbst.

1. Carcinoma oesophagi.

Unter den Verengerungen, welche durch Texturveränderungen der Häute des Oesophagus bedingt sind, müssen wir als die wichtigste und häufigste das Carcinom ansehen. Der Oesophaguskrebs tritt als Skirrhus, Medullar- und Epithelialkrebs auf und nicht selten finden sich Formen, die den Uebergang der beiden ersten Formen darstellen.

Die krebsige Entartung entsteht in dem Oesophagus meistentheils primär ohne gleichzeitige Ablagerung

---

[1]) Die ausführlichen Krankheitsgeschichten mehrerer Fälle, die in dem Juliuspitale vorkamen, konnte ich leider nicht benutzen.

in anderen Organen und nur selten sind die Fälle, wo sich die Neubildung von den Nachbarorganen auf den Oesophagus fortpflanzte s. z. B. vom Mediastinum postic. vom Pharynx, von den benachbarten Lymphdrüsen etc. Die Ablagerung kann sich an allen Stellen finden, mehrere Stellen können zu gleicher Zeit ergriffen sein, ja der ganze Oesophagus kann in einen von oben bis unten infiltrirten Schlauch verwandelt sein. In den meisten Fällen beschränkt sich die Ablagerung jedoch auf den obersten oder untersten Theil des Oesophagus und zwar in der Weise, dass entweder die Infiltration von einer Wand ausgeht, die dadurch gebildete Geschwulst mehr oder weniger vorspringt, sich vergrössert und das Lumen des Kanals verändert oder so, dass die Veränderung ringförmig vor sich geht und die Stenose eine kreisförmige wird.

Der Epithelialkrebs entwickelt sich in Form von kleinen Knötchen, die an Zahl sich mehren, und endlich in Jauche zerfallen.

Findet sich die Ablagerung im obersten oder untersten Theile, so ist der Pharynx oder die Cardia meist scharf von der ergriffenen Partie getrennt. Nach längerem Bestande der Ablagerung stellt sich alsdann Verwachsung mit den Nachbarorganen ein, besonders gerne mit den Wirbelkörpern, sowie auch Verjauchung, wodurch Perforationen, abnorme Communicationen und Fistelgänge sich in der mannigfaltigsten Weise entwickeln. [1])

---

[1]) Fast alle Beobachter stimmen darin überein, dass sich das Carcinom des Oesophagus hauptsächlich bei Säufern findet. Ein causales Moment darf wohl nicht angenommen werden, doch ist diese Combination wegen ihrer Häufigkeit sehr auffallend.

So findet sich bei Vigla ein Fall, wo sich durch Verjauchung eine Perforation in die rechte Lunge bildete, und eine Gangrän verursachte. In einem andern Falle von Aussant wurden die Wirbelkörper usurirt und das Rückenmark verletzt.

Jaeger führt in Walther und Gräfe's Journal ein Beispiel auf, wo sich 3 Ablagerungen von verschiedener Grösse fanden. Es betraf einen 56jährigen Mann, der an Schlingbeschwerden litt, seine Zunge war mit einem zähen gelbbraunen Schleime belegt, später entstand eine Schwellung und Verhärtung des Gaumensegels. Verschiedene Mittel wurden angewandt, die Nahrung wurde ihm in flüssiger Form gereicht; ziehende, und stechende Schmerzen in der Gegend der Schulterblätter, Erbrechen eines dicken, zähen Schleimes fanden sich dabei. Die Abmagerung wurde sehr bedeutend, ein stinkender Auswurf stellte sich ein.

Bei der Section fand man in der Höhe des Kehlkopfs eine krebsige Verhärtung, an einer Stelle war dieselbe exulcerirt. Die Grösse betrug ungefähr die eines Taubeneis.

Ebenso fand sich $2^1/_2''$ über der Cardia eine ähnliche Verhärtung, die den Speisekanal ringförmig zusammenschnürte und mit der Luftröhre verwachsen war.

Eine dritte Ablagerung fand sich endlich an der Cardia, doch war diese nicht so bedeutend.

In der Würzburger pathologisch-anatomischen Sammlung fand ich sechs Präparate, von denen das eine nur zum Theil hierher gehörte, indem sich die krebsige Entartung hauptsächlich auf die benachbarten Organe erstreckte. Es waren die Präparate XV. No. 447; No. 1496—1498; No. 9 und No. 1321.

Bei drei dieser Präparate war die Induration direkt über der Cardia, bei einem in der Mitte des Oesophagus und bei zweien unterhalb des Kehlkopfes. Bei zwei dieser Präparate war die Infiltration eine ringförmige besonders in dem Präparate 1497 begann die Induration $2^1/_2''$ über der Cardia ringförmig, die Verengerung ist dabei so bedeutend, dass kaum eine Federspuhle hindurch kann. Das Präparat 1496 ist theils indurirt, theils finden sich Ulcerationen. Ein sehr interessantes Präparat ist das No. 1321, die Infiltration beginnt unterhalb der Cartilag. cricoidea und steigt von da ca. $4^1/_2''$ hinab. In der Höhe des 5—8 Trachealrings findet sich eine $^3/_4''$ lange und $^1/_4''$ breite Exulceration mit Perforation der Trachea an dieser Stelle. Das Präparat 447 zeigt die Schleimhaut des Oesophagus unverletzt,

das submuköse Zellgewebe ist indurirt, die Umgebung aus Drüsen des Mediastinums und einem Theil der Lungen bestehend stellt eine grosse harte Geschwulst dar, welche die Gefässe, die Trachea besonders aber den Oesophagus in der Weise comprimirt, dass man kaum im Stande ist eine Sonde durchzuführen.

2. Narben und Geschwüre.

Als eine sehr wichtige, namentlich in grösseren Städten nicht selten zur Beobachtung kommende Affection ist die toxische Entzündung des Oesophagus nach dem Genusse ätzender Säuren und Alkalien anzusehen.

Nach dem Genuss dieser Substanzen bildet sich zunächst ein Schorf und nach Losstossung dieses ein Geschwür, welches, wenn die Einwirkung genannter Substanzen bedeutend war, leicht durch tieferes Eingreifen zu Perforation Veranlassung geben kann; tritt dagegen Heilung ein, so zeigen sich Granulationen und allmälig wird der Substanzverlust durch Bindegewebswucherungen ersetzt. Mit der Tendenz des Bindegewebes sich zusammenzuziehen muss sich natürlich an diesen Stellen eine Verengerung ausbilden, die nach der Grösse des Substanzverlustes und seiner Form verschiedene Gestaltungen annehmen kann. Da dieser Vorgang ein ganz allmäliger ist und oft mehrere Monate selbst Jahre in Anspruch nimmt, so findet es sich häufig, dass sich Patienten stellen, bei denen nicht die geringste Spur der ursprünglichen Vergiftung zu bemerken ist und welche die Symptome der Verengerung des Oesophagus dem Arzte klagen. Die Verengerung selbst bildet sich theils durch ringförmige theils durch klappenartige Falten aus, meist findet sie sich im oberen Theile, doch finden sich auch Beispiele, bei denen der Vorgang sich

auf den ganzen Speisekanal selbst noch über den Magen ins Duodenum erstreckte.

Als eine andere Art von Geschwüren müssen wir diejenigen betrachten, welche hauptsächlich im unteren Theil des Oesophagus in der Nähe der Cardia ihren Sitz haben und welche in eine Reihe mit den perforirenden Magengeschwüren gestellt werden müssen. Solche Geschwüre können wie im Magen heilen dadurch Narben und Adhäsionen bedingen oder auch, analog diesen zur Porforation Veranlassung geben. Geschwüre von tuberkulöser oder syphiltischer Natur finden sich nur selten im Oesophagus, doch können auch sie die oben angegebenen Veränderungen erleiden und dadurch zur Stenose Veranlassung geben.

Fälle, die hierher gehören finde ich citirt bei Abercrombie, in dem einen Falle war nach dem Verschlucken einer Quantität Pottasche fast eine vollständige Verwachsung des Oesophagus eingetreten; in einem anderen Falle hatte ein Kind ebenfalls nach dem Verschlucken von Pottasche eine heftige Entzündung, bei der Stücke der Schleimhaut ausgeworfen wurden, überstanden, erschwertes Schlingen blieb zurück und nach 4 Monaten war das Kind schon sehr bedeutend abgemagert, doch wurde es durch eine zweckmässige Therapie wieder hergestellt.

Im Mus. Anatom. v. Sandifordt Tab. 105. S. 1 und 2 ist ein Geschwür dargestellt, welches die Aorta perforirte (Femina cui oesophagus et vicina aorta ulcere consumta sunt ut sanguis ex aorta per oesophagum in ventriculum sit effusus).

Boerhaave erzählt, dass Admiral Wassenär kurz nach dem Essen Erbrechen bekam und plötzlich starb. Bei der Section fand man ein Geschwür im untersten Theile des Oesophagus, welches in die Brusthöhle perforirt war.

Im Arch. génér de méd. findet sich ein Fall erwähnt, wo ein Mann 6 Monate über Magenbeschwerden klagte, plötzlich stellte sich Erbrechen ein, das fast 3 Tage anhielt und am 4. Tage war er nicht mehr. Der Oesophagus war oberhalb der Cardia perforirt, so dass eine Menge flüssiger Stoffe in den rechten Pleurasack sich ergossen hatten.

In der anatomischen Sammlung fand ich 3 Präparate, in denen die Häute des Pharynx, Oesophagus und Magens nach dem Trinken von Schwefelsäure Verletzungen zeigten, wodurch der Tod herbeigeführt wurde.

Das Präparat 1492 a und b zeigt die Einwirkung der Schwefelsäure von dem hintersten Theile der Zunge, den Gaumenbögen, der Epiglottis, sodann auf der ganzen Fläche des Oesophagus, dem Magen bis tief in das Duodenum hinein. Das Epithel ist vollständig an den meisten Stellen entfernt, an einzelnen finden sich noch blasenartige Erhebungen desselben. Besonders stark ist die Einwirkung im Magen an der Cardia und am Pylorus.

No. 1493, ein Präparat in welchem die Mundhöhle, der Pharynx und Oesophagus theils exulcerirt sind, theils das Epithel sich in Blasen erhebt. Die intensiveste Einwirkung findet sich im fundus ventriculi, der fast ganz zerstörte Wandungen zeigt.

Ebenso findet sich im Präparate No. 1494 (XV.) das Epithel theils zerstört, theils blasig aufgehoben.

3. Divertikelbildung.

Als eine dritte von den Häuten des Oesophagus selbst bedingte Art von Verengerung sind die Divertikel zu nennen.

Die Entstehung der Divertikel geschieht in der Weise, dass sich kleine feste Körper in die Falten der Schleimhaut legen und an dieser Stelle allmälig eine Ausbuchtung bedingen oder so, dass ein grösserer Körper die Schleimhaut stark ausdehnt, die Muskelnfasern an dieser Stelle ihre Contractionsfähigkeit in Folge dessen verlieren, und indem diese Atonie längere Zeit andauert eine Erweiterung sich ausbildet, die durch Anhäufung von Speisen immer mehr und mehr zunimmt, so dass die Speiseröhre selbst allmälig aus ihrer Achse verdrängt wird, die Speisen nur in die sackförmige Erweiterung gelangen und in Folge der Füllung des Sackes

auf das Lumen der Speiseröhre selbst ein Druck ausgeübt wird. In dieser Weise entstehen sowohl diejenigen Ausbuchtungen, bei denen man alle Häute des Oesaphagus in dem Sacke nachzuweisen im Stande ist, als auch die sogenannten Hernien des Oesaphagus, welche nur aus den innersten Häuten des Oesaphagus bestehen, während die Muskularis mit ihren Fasern auseinanderweicht und einen Ring um die Hernie bildet. Die Art der Entstehung erklärt auch, wesshalb diese Hernien hauptsächlich ihren Sitz in dem obersten und untersten Theile des Oesophagus haben, diese Stellen sind nämlich enger, der mittlere Theil dagegen weiter.

Ferner kommen noch Hernien vor, die auf eine andere Weise, nämlich dadurch entstehen, dass in der Gegend der Bifurcation, an der Stelle, wo die Bronchialdrüsen sich hauptsächlich befinden eine oder mehrere dieser Drüsen schrumpft und die Wand des Oesophagus, welcher damit verwachsen ist, nachzieht. Es entsteht hierdurch eine Ausbuchtung der Speiseröhre, die ebenfalls eine bedeutende Grösse annehmen kann und dadurch zur Stenose Veranlassung gibt. [1])

In Rust's Magazin f. d. ges. Heilkde. findet sich ein Fall von Dr. Kühne mitgetheilt. Ein Kaufmann von 54 Jahren klagte plötzlich über einen Schmerz, als ob ihm etwas im Halse stecken geblieben sei. Als Ursache gab er an, dass er durch einen im Halse stecken gebliebenen Bissen bei einem Gastmahle auf kurze Zeit am Schlingen gehindert worden sei. Ob ein Theil des Bissens stecken geblieben oder nicht, konnte er nicht angeben. Trotz angewandter Mittel nahmen die Erscheinungen (Erbrechen der genossenen Speisen) nicht ab, sondern mehrten sich täglich. Später zeigte sich am Halse

[1]) Bei Stenosen durch andere Ursachen bedingt, kommt es ebenfalls öfters zur Divertikelbildung durch Anhäufung von Speisen oberhalb der verengerten Stelle.

eine Geschwulst, die nach dem Essen immer grösser wurde zu beiden Seiten des Halses, so dass man annehmen konnte, dass die Speisen nicht in den Magen gelangten. Nach 9jährigem Leiden starb Patient einen qualvollen Hungertod. Bei der Sektion fand man ein bedeutendes Divertikel, dessen Umfang eng war und plötzlich weiter wurde, so dass ein Sack von $3^3/_4''$ im Längsdurchmesser und $1^3/_4''$ im Querdurchmesser entstand; er reichte von der Cartilago thyreoidea bis zum 14. Ringknorpel der Trachea. Der Sack bestand aus allen 3 Häuten. Offenbar war hier durch den steckengebliebenen Bissen ein Druck entstanden, eine Höhle wurde gebildet, die sich durch Anhäufung der Speisen immer mehr erweiterte und den Oesophagus verschloss, so dass keine Speisen in denselben gelangen konnten.

In der patholog. Sammlung fand ich Präparat 414, an dem man das Auseinanderweichen der Muskelfasern deutlich beobachten kann, durch welche eine Hernie der innersten Häute hindurch tritt von der Grösse einer grossen Haselnuss. Diese Hernie war offenbar erst im Entstehen begriffen und hatte noch keinen Druck verursacht. No. 353 zeigt erweichte tuberkulöse Drüsen, durch welche ebenfalls sich mehrere kleine Divertikel entwickelt hatten.

4. Fremde Körper im Oesophagus.

Je nach der Grösse, Form und Beschaffenheit müssen fremde Gegenstände, welche in den Oesophagus gelangen, verschiedene pathologische Veränderungen hervorrufen. Gelangen sehr grosse Körper in den Oesophagus, so können sie durch sich selbst die Erscheinungen der Stenose hervorrufen, oder sie bedingen die unter No. 3 erwähnten Folgezustände, nachdem sie entfernt worden sind. Kleine Körper, wie Kirschkerne können lange im Oesophagus in einer Schleimhautfalte retentirt werden, und geben dann ebenfalls zu den oben erwähnten Folgezuständen Veranlassung. Andere Körper, wie spitze Knochen, Nadeln, Fischgräten, Glassplitter, eckige Körper können die Schleimhaut durchstossen

und dadurch eine Entzündung der Schleimhaut und des submucösen Zellgewebes hervorrufen, welche meist mit Abscessbildung endigt, wodurch für längere oder kürzere Zeit die Durchgängigkeit gehindert oder aufgehoben sein kann. Auch können solche Körper die Nachbarorgane perforiren und dadurch zu abnormen Communicationen veranlassen. Der Sitz der in dem Oesophagus retentirten Körper ist der oberste oder unterste Theil desselben.

Fälle der Art sind sehr häufig; einige zur Erläuterung. Guattani erzählt von einem 40jährigen Mann, der eine gekochte Kastanie in die Luft geworfen und mit dem Munde aufgefangen hatte, wobei durch Druck auf die linke Seite des Larynx Schmerz entstand, Instrumente waren nicht leicht einzuführen, auch nahm man an, dass der Körper sich nicht mehr im Oesophagus befinde. Ein heftiges Fieber stellte sich bald darauf ein, später kamen auch Athembeschwerden und mit Zunahme der Erscheinungen starb endlich der Kranke am 19. Tage. Die Sektion zeigte unter dem Kehldeckel eine Geschwulst, die die Kastanie enthielt, in der Weise, dass ihre Convexität nach rechts, ihre Spitze nach links gekehrt war. Der Oesophagus war oberhalb und unterhalb dieser Stelle stark verengert; ausserdem war durch Gangrän eine Communication zwischen Trachea und Oesophagus entstanden.

Im Sommersemester 1861 kam ein Mädchen auf die Klinik ins Juliusspital, welches eine ziemlich grosse Nadel verschluckt hatte mit gestörtem Schlingvermögen und Schmerzen zwischen den Schulterblättern. Mit den verschiedenartigsten Sonden, die man anwandte, konnte man den Körper, den man indess deutlich fühlte, nicht entfernen. Die Erscheinungen einer örtlichen Entzündung waren ausgesprochen, Eiter wurde öfters ausgeworfen, ein leichtes Fieber war vorhanden. Nach einigen Tagen kam plötzlich nach vorher vergeblich angestellten Versuchen die Nadel zu entfernen, diese zum Vorschein mit dem Auswerfen von Eiter.

Ein Soldat (b. Copland) hatte bei dem Essen seiner Suppe ein Stück Rindsknochen verschluckt, die Sonde wurde eingeführt und da die Schmerzen nachliessen, glaubte man das Stück sei in den Magen gelangt. Nach 4 Wochen kam er wieder und klagte über Schmerzen

im Halse, die man für einen Catarrh hielt. Plötzlich trat Blutbrechen ein, das sich wiederholte, so dass der Kranke 3 Monate nach dem Verschlucken des Knochens starb. Bei der Section fand man im oberen Dritttheil des Oesophagus zwei Ulcerationen, von denen die eine tiefer liegende die Wand der Carotis perforirt hatte.

5. Polypen der Speiseröhre.

Wie auf anderen Schleimhäuten finden sich auch in der Speiseröhre die Polypen in doppelter Form, nämlich als Schleimpolypen und fibröse Polypen. Das Vorkommen derselben ist nicht sehr häufig, ihr Sitz gewöhnlich im oberen Theile der Speiseröhre und zwar stehen sie meist mit dem Ringknorpel in Zusammenhang, so dass sie auf einem grossen Stiele aufsitzend in den Oesophagus hineinragen. Ihr Ueberzug ist meist eine sehr zottige verdickte Schleimhaut. Die Schleimpolypen sind meist nur schwach entwickelt und geben in Folge dessen nur in Ausnahmsfällen zur Stenose Veranlassung.

6. Fibroide und Lipome.

Fibroide finden sich nur äusserst selten in dem Oesophagus, auch ist ihre Grösse meist zu unbedeutend, um eine stärkere Verengerung hervorzurufen; in noch grösserer Ausdehnung gilt Gesagtes auch von den Lipomen.

7. Hypertrophie der Muscularis mit Verdickung der Schleimhaut.

Diese Veränderung, auch einfache Verengerung, Strictura simplex genannt, ist ebenfalls nicht sehr häu-

fig, man findet die Muscularis im Zustande der Hypertrophie und die Schleimhaut verdickt.

So kam vergangenes Wintersemester $^{60}/_{61}$ ein Mann ins Julius-Spital, bei welchem eine solche Strictur diagnosticirt wurde und welcher durch das Einführen der Sonde vollständig geheilt wurde.

No. 352 (XV.) der pathologischen Sammlung stellt ein Präparat dar, in welchem $2^1/_2''$ über der Cardia die Muscularis sehr hypertrophisch ist, die Schleimhaut verdickt, so dass das Lumen dadurch fast vollständig geschlossen wurde.

8. Verengerungen in Folge entzündlicher Processe.

Von dem geringsten Interesse sind die Verengerungen, welche bei der ausserordentlich selten zur Beobachtung kommenden Oesophagitis auftritt und die mit dem raschen Verschwinden dieser Affection ebenfalls gehoben ist. Auch die croupöse und diphteritische Entzündung ist sehr selten, auch sie schwindet meist mit der Abstossung der Membranen, doch können sich auch Ulcerationsprocesse und Geschwüre entwickeln. Die Affection ist wohl nie primär und kommt überhaupt nur selten mit derartigen Affectionen im Larynx vor, ein merkwürdiges Zustandekommen secundärer Art scheint im Verlauf von Typhus sich zu entwickeln, wofür ich gleich einige Beispiele aufführen will.

No. 5 (XV.) der pathologischen Sammlung stellt ein Präparat eines an Typhus Gestorbenen dar, in welchem der ganze Oesophagus durch ein diphtheritisches Exsudat ausgefüllt ist; auch die Epiglottis und die Zunge sind damit bedeckt, die Trachea ist frei.

No. 1495 (XV.) zeigt ebenfalls ein solches Exsudat eines an Typhus Gestorbenen. Die Wände des Oesophagus sind besonders in

dem oberen Theil stark damit belegt. Die Mundhöhle war mit (n. d. Protok.) sehr grossen zusammenhängenden weissliehen Fetzen bedeckt, die sich aber nicht, in die Choanen wohl aber in den Oesophagus fortsetzten und die Oberfläche der Epiglottis bedeckten. Der Oesophagus ist in seinem Querschnitte davon ausgefüllt: in den Larynx setzen sich diese Massen nicht fort; im Oesophagus reichen sie bis zur Cardia. Das Präparat stammt von einem 15jährigen jungen Manne.

Einen wichtigen chronischen Fall fand ich aus dem Arch. de méd. 1826 Janvier citirt. Ein Mann von 76 Jahren war schon längere Zeit nur im Stande gut gekaute Speisen zu verschlucken. Er bekam eine Entzündung der Mundhöhle, die sich auf den Schlund fortpflanzte. Von dieser Zeit litt er beständig an Erbrechen, das Schlucken wurde immer schwieriger, schliesslich konnte er nur noch flüssige Nahrung zu sich nehmen. Ausser einem lästigen Brennen in der Magengegend hatte der Kranke keine Beschwerden. In diesem Zustande starb der Kranke endlich vollständig abgezehrt. Die Section zeigte den unteren Theil des Pharynx ausgedehnt, nach unten wurde der Pharynx von einer fast vollständigen Einschnürung begränzt, in der eine 1‴ Durchmesser enthaltende Oeffnung sich befand. Diese Oeffnung führte durch einen 8‴ langen ebenfalls 1‴ Durchmesser haltenden Kanal. Der Sack und dieser Kanal waren beide mit Membranen begleidet. Es endigte dieser Kanal, indem er wieder weiter allmälig wurde in den Oesophagus, der mit einer weisslichen Flüssigkeit gefüllt war. Die Bronchialdrüsen waren hin und wieder geschwollen.

Unter diese Art von Verengerungen will ich noch eine subsummiren, die vielleicht zu den seltensten gehört und an die ich nicht gedacht haben würde, hätte ich nicht in der pathologischen Sammlung No. 14. (XV.) folgendes Präparat gefunden. Auf den Tonsillen, der Zunge sind grosse Massen von Soor aufgelagert. Im Pharynx soll sich (l. Pr.) eine ziemliche Menge gelblichen zähen Schleims gefunden haben, der Oesophagus ist ganz von Soor ausgefüllt, so dass kein Lumen vorhanden ist.

10. Missbildungen.

Sie haben, da die Individuen nicht lebensfähig sind, kein practisches Interesse, erwähnen will ich desshalb nur, dass vollkommener Mangel, Verschmelzung der Speiseröhre mit der Trachea, endlich inselförmige Theilung und Spaltung beobachtet worden sind.

b) Verengerungen, bedingt durch die Nachbarorgane.

Da es natürlich nicht Aufgabe unseres Themas sein kann, alle die Processe, bei denen eine Stenose des Oesophagus beobachtet wird, näher zu beschreiben, so wollen wir nur kurz dieselben der Reihe nach erwähnen.

1) Geschwülste des Mediastinum posticum, die nicht sehr selten sind und entweder von den Lymphdrüsen ausgehen, und als solche sowohl gutartige als carcinomatöse Neubildungen darstellen können, oder bei Spondylitis durch Caries der Wirbelkörper, Bildung von Abscessen, Perforation [1]) u. s. w. entstehen.

2) Geschwülste der Bronchialdrüsen verschiedenartiger Natur.

---

[1]) Einen merkwürdigen Fall, bei welchem jedoch die Erscheinungen des Oesophagus mehr in den Hintergrund traten, findet man in No. 33 des ärztlichen Intelligenzblattes v. J. 1859. Der Fall betraf eine Pfründnerin des Juliusspitals, trug sich somit auf der Abtheilung des Hrn. Hofr. Dr. v. Marcus zu und ist von Dr. Gaetschenberger beschrieben. Es handelt sich in demselben um einen Congestionsabscess bei tuberkulöser Caries der Wirbelsäule, mit Communication der Lunge und der Speiseröhre.

3) Vergrösserungen der Thyreoidea aller Art, namentlich, wenn die seitliche linksgelegene Partie derselben ergriffen wird.

4) Aneurysmen der Aorta, der Carotis, der Subsclavia (namentlich wird angeführt, dass die rechte Subsclavia, wenn sie nach einem anormalen Ursprung zwischen Trachea und Oesophagus oder zwischen Oesophagus und der Wirbelsäule verläuft, Stenose hervorrufen kann, ohne dass eine aneurysmatische Erweiterung sich dabei vorfindet, ist dies Verhältniss nicht denkbar).

5) Abscesse zwischen Trachea und Oesophagus.

6) Dislocation des Zungenbeins.

7) Krebs der Lungen.

In der pathologischen Sammlung fand ich Präparate No. 3457 darstellend den Thorax eines $1^3/_4$ Jahr alten Kindes. Die Wirbelsäule ist zwischen den Schultern stark in einem spitzen Winkel herausgebogen; die Körper der untersten Hals- und obersten Rückenwirbel sind total nekrotisirt, so dass 6 derselben vollständig geschwunden sind. Im oberen Drittel des Oesophagus ist eine fast bohnengrosse Oeffnung mit ausgezackten Rändern, welche in eine grosse Höhle nach hinten führt. An dieser Stelle fand sich an der Wirbelsäule die Zerstörung, wodurch sich ein grosser Jaucheherd bildete, welcher endlich den Oesophagus perforirte.

Einen Fall von Kunze beschrieben, finde ich citirt, in welchem sich nach Erkrankung der Drüsen des Mediastinum posticum ein Abscess entwickelte, welcher zu Perforation in den Oesophagus und die linke Lunge Veranlassung gab. Von demselben werden mehrere Fälle von Aneurysmen beschrieben, die erst dann als solche erkannt wurden, nachdem die Perforation in den Oesophagus erfolgt war. Ein Fall, bei welchem durch die Dislocation des Zungenbeins Stenose eintrat finde ich citirt von Dr. Migna (Annal. universal und Gazett. Vol. IV.) Durch die Reposition war Patient sofort hergestellt.

In einem anderen Falle, den ich bei Abercrombie fand, war durch Dislocation des os. hyoideum ein gänzliches Unvermögen zu schlingen entstanden, der betreffende Patient verstand selbst durch einen eigenen Druck mit seiner Hand diesen Zustand aufzuheben.

Richter führt einen Fall an, bei welchem der Oesophagus in beträchtlicher Ausdehnung durch die benachbarten Lymphdrüsen comprimirt worden war.

Symptome der Oesophagusstenose.

Durch die Stenose des Oesophagus werden eine Masse von Symptomen beobachtet, die sich zum Theil auf die Stenose selbst, zum Theile auch auf die das Uebel bedingende Krankheit beziehen, man findet desshalb viele Variationen je nach der Art der Stenose, doch wollen wir hier zunächst diejenigen ins Auge fassen, welche sich auf die Stenose selbst beziehen, da wir ohnehin die übrigen begleitenden Erscheinungen bei der differentiellen Diagnose zu berücksichtigen haben werden.

Die Symptome, welche sich auf die Stenose selbst beziehen, werden in subjective und objective eingetheilt, lassen sich aber in dieser Weise nicht scharf von einander trennen.

Das erste lästige Symptom, welches die Kranken zuerst bemerken ist, dass die Speisen längere Zeit brauchen, um an der Stelle, wo sich die Stenose entwickelt, hindurchzukommen. Mit der Entwicklung der Stenose steigert sich dies in der Weise, dass sich die Speisen oberhalb der Verengerung ansammeln, mehrmals auf- und absteigen, bis sie diese Stelle zu passiren im Stande sind. Aus diesem Zustande entwickelt sich durch Zu-

nahme der Erscheinungen das Erbrechen eines Theils der Speisen und zwar geschieht es auf einfache mechanische Weise dadurch, dass sich der Oesophagus über der verengten Stelle anfüllt oder dadurch, dass sich in Folge des Reizes, welche diese Substanzen auf die Wände des Oesophagus ausüben, eine krampfhafte Zusammenziehung entsteht. Man beobachtet es desshalb auch schon bei Verengerungen, die nicht sehr bedeutend sind, bei denen noch ganz gut eine Durchgängigkeit stattfinden kann, so dass die Speisen, nachdem sie mehrmals wieder in den Mund zurückgeworfen sind, die Verengerung leicht überwinden. Diese Regurgitation der Speisen kann nach dem Sitze des Uebels nach verschieden langer Zeit erfolgen, kurz nach dem Genusse oder einige Zeit später; Verwechslung mit Magenleiden kann auf diese Weise vorkommen, indem die Kranken angeben, dass die Speisen in den Magen gelangt sind, doch kann man sich leicht überzeugen durch die Beobachtung eines solchen Brechactes, Zwerchfell, Bauchmuskel betheiligen sich nicht dabei. Bei allen diesen Erscheinungen können die Kranken Schmerz empfinden, zuweilen klagen sie über einen Schmerz im Halse, auf der Brust, häufig auch zwischen den Schulterblättern, über ein eigenthümliches Gefühl von Druck in der Tiefe, Brennen, Spannen u. s. w.

Nach und nach mehren sich die Erscheinungen, während die Kranken früher im Stande waren noch grössere Bissen zu verschlucken, können sie allmälig nur gut gekaute Speisen, Nahrung von breiiger Consistenz und schliesslich nur flüssige Nahrung zu sich nehmen. Auch die Erscheinungen der Regurgitation nehmen zu, die Massen werden zurückgeworfen unter einem eigenthümlichen meist mit Schmerz verbundenen Würgen.

Mit den erbrochenen Massen von Speisen werden dann auch grosse Quantitäten von Schleim, oder selbst Blut und krebsige Massen entleert. Das Erbrechen von schwarzen Kaffeesatz ähnlichen Massen, wie dies bei Krebs des Magens häufig beobachtet wird, kann in dem Oesophagus nicht vorkommen, es sei denn, dass das Blut in den Magen gelangt und dann wirkliches Erbrechen sich einstellt, eine jedenfalls seltene Erscheinung. Haben sich nach dem Genusse von Speisen Schmerzen im Halse oder auf der Brust eingestellt, so schwinden diese meistens nachdem Erbrechen erfolgt ist.

Nachdem diese Erscheinungen längere Zeit gedauert haben, bemerken die Kranken, dass sie immer mehr und mehr abmagern, dabei haben sie beständig Hunger, können aber nichts mehr hinunterschlucken, ohne dass es wieder ausgeworfen wird. Da keine oder nur wenig Speisen in den Magen gelangen, so sinkt der Unterleib ein, der Stuhl ist lange angehalten und sehr gering, zuweilen ist auch der Stuhl mit Blut gemischt. Durch alle diese Momente werden die Kranken traurig, missmuthig gestimmt, eine Menge anderweitiger Empfindungen und abnormer Sensationen stellen sich ein, bis die Kranken unter den Erscheinungen des grössten Marasmus zu Grunde gehen, wenn nicht der Tod schon früher durch Complicationen, wozu die verschiedenartigen Perforationen gehören oder durch die zu Grunde liegende Kachexie eingetreten ist. Dieses sind die wichtigsten Symptome, die wir als subjective bezeichnen können, durch die Ermittlung der Status praes. gelangen wir dann noch zu anderen Symptomen, die namentlich im Beginne des Leidens und für die differentielle Diagnose von Wichtigkeit sind.

Durch die physikalische Untersuchungen zeigt uns

zunächst die Inspection meist schon Abmagerung. Bei Divertikelbildung, bei verbreiteterer Ablagerung von Krebsmassen, bei Vergrösserung der verschiedenen Drüsen des Halses, bei fremden Körpern in der Speiseröhre kann man zuweilen schon Vorsprünge, Ausbuchtungen der Speiseröhre sehen. Die durch die Sonde zu Tage geförderten Massen kann man mikroscopisch untersuchen und auf diese Weise Aufklärung über die Natur des Uebels erlangen. Die Inspection ist wie die äusserliche Palpation, wodurch man im Stande ist obige Verhältnisse zu fühlen, nur von geringem Werthe, auch erstreckt sie sich nur auf den Halstheil des Oesophagus. Wichtiger ist die innere Palpation mittelst der Schlundsonde. Man fühlt zunächst den Sitz des Uebels, auch die Natur desselben ist zum Theil zu bestimmen, indem besonders anfangs Verengerungen durch Druck von Nachbarorganen die Sonde leichter hindurchlassen als solche, welche von den Wänden der Speiseröhre ausgehen. Auch die Grösse und Form kann man mit Bougies und Sonden aus Kautschuck, wenn man sie vorher in warmes Wasser getaucht hat, bestimmen. Divertikel, fremde Körper, Polypen lassen sich ebenfalls leicht mit der Sonde in vielen Fällen erkennen. Ferner kann man die an der Sonde festhaftenden Theile in der oben angegebenen Weise untersuchen.

Nach Gesagtem ist es klar, dass wir in vielen Fällen schon allein mit der Sonde ausreichen können, um uns über die Natur des Uebels Gewissheit zu verschaffen, jedoch ist es immer nöthig auch die Nachbarorgane, die Lungen, Herz, Arterien, die Wirbelsäule, die Drüsen einer genauen physikalischen Untersuchung zu unterwerfen, es ist dann in vielen Fällen leicht ein Aneurysma, gleichzeitige Erkrankung der Lungen oder des Mediastinums (b. Krebs), eine Caries der Wirbelsäule nachzuwei-

sen, so dass es mit Berücksichtigung aller Momente meist keiner Schwierigkeit unterliegt eine exacte Diagnose festzustellen; doch wollen wir uns nicht verhehlen, dass eine grosse Reihe solcher Fälle erst post mortem sich uns eröffnen.

Diagnose.

Bei Feststellung der Diagnose [1]) ist es wichtig einen gewissen Gang zu beobachten um in kürzester Weise vorzugehen. Die erste Frage ist natürlich die, ob es sich überhaupt um eine Stenose handelt. Um dies zu eruiren muss man sofort wie Kranke über Schlingbeschwerden klagen, zur Einführung der Sonde schreiten. Hat man dadurch eruirt, dass wirklich eine Verengerung vorhanden ist, so muss man die Anamnese zu Rathe ziehen, um zu erfahren, ob die Kranken im Stande sind, irgend eine Ursache ihres Leidens anzugeben. Es ergibt sich dann, ob schädliche Flüssigkeiten und Substanzen eingewirkt haben, ob fremde Körper stecken geblieben sind, welcher Natur diese waren etc. Zu bemerken ist hier nur, dass Individuen häufig, wenn sie eine Vergiftung beabsichtigten, dies mit Absicht nicht angeben

---

[1]) Da die akuten Entzündungen sich von selbst ergeben, so sollen sie hier nicht weiter berücksichtigt werden.

oder auch, dass sie nicht mehr an die Sache denken, da Verengerungen nach solchen Agentien häufig erst lange nachher auftreten. Man muss desshalb öfters hin und her fragen, die Kranken selbst irre leiten, um auf den richtigen Weg zu gelangen. Sind diese Momente auszuschliessen, so kann die Anamnese doch noch von Wichtigkeit sein, indem z. B. bei krebsiger Degeneration häufig wichtige und beachtungswerthe Erscheinungen vorausgehen, Schmerzen im Rachen, zwischen den Schultern, Singultus, Schleimansammlung im Rachen, schlechter Geschmack im Munde, starker Durst, die Zunge ist oft längere Zeit mit einem zähen Schleime bedeckt wie die hintere Rachenwand. Auch ist es von Wichtigkeit zu wissen, ob die Abmagerung erst mit dem Auftreten der Schlingbeschwerden eingetreten ist oder ob schon früher ein gewisser Marasmus sich zu entwickeln begonnen habe. Alles Erscheinungen die auf Krebs hinweisen. Auch nach den erbrochenen Massen muss man sich erkundigen, indem häufig bei Divertikelbildung sich mit den erbrochenen Speisen bedeutende Schleimmassen verbinden. Auch ist es wichtig, ob die Erscheinungen sich im Allgemeinen constant geblieben, oder ob sie nach und nach zugenommen haben. Bei polypösen Excrescenzen findet es sich zuweilen, dass eine Verengerung nur durch eine bestimmte Lage der Wucherung bedingt ist, die Symptome theilweise aussetzen oder wenigstens nicht zunehmen.

Durch die Vornahme der Untersuchung mit der Sonde gelangt man zuweilen in den Sack eines Divertikels neben der Verengerung der Speiseröhre. Ausser der Sonde kann man ferner, um das Vorhandensein einer Stenose zu constatiren, die Auscultation zu Hülfe nehmen, an der betreffenden Stelle vernimmt man häufig

ein eigenthümliches gurgelndes Geräusch, welches auch der Kranke zuweilen selbst empfindet.

Hat man alle diese anamnestischen Momente benutzt, so muss man eine genaue Ermittlung des Status praes. vornehmen. Durch die Inspection und Palpation wird man alsdann vergrösserte angeschwollene Drüsen des Halses leicht sehen und fühlen können. In der Mundhöhle finden sich zuweilen Narben von Geschwüren, die durch Einwirkung ätzender Agentien hervorgerufen worden sind. In dem Rachen lassen sich oft Polypen erkennen, wenn sie auf einem längeren Stiele aufsitzen und durch Brechbewegungen in die Höhe steigen.

Durch die genaue Untersuchung der Brustorgane und des Thorax wird es mit Hülfe der Inspection, Auscultation und Percussion nicht schwer werden Spondylitis, Aneurysmen, Geschwülste des Mediastin. post. Geschwülste, die von den Lungen ausgehen, nachzuweisen. Hat man nach Berücksichtigung all dieser Momente noch keine Ursache gefunden, kann man auch keine Anhaltspunkte finden, dass im inneren des Thorax sich Anschwellungen der Lymphdrüsen finden könnten, so bleiben nur noch zwei Möglichkeiten übrig, nämlich, dass es sich um eine einfache Strictur handelt oder um eine krebsige Neubildung [1]); entscheidend ist alsdann das Alter und der Verlauf.

Zur Erläuterung des eben Gesagten, will ich folgenden Fall, der mir als Practicant in der hiesigen Poliklinik übergeben wurde, in Kürze mittheilen:

Joh. Pf. ca. 30 J. alt aus Veitshöchheim, ein Knecht, gibt an, dass er seit ungefähr sechs 6 Wochen an Schling-

---

[1]) Weil meist Carcinom primär und isolirt im Oesophagus auftritt ohne Schwellung der Lymphdrüsen.

beschwerden leide, dass das Essen nicht ordentlich hinuntergehe und meist wieder Alles ausgebrochen werde. Auf die an ihn gestellten Fragen, ob er nicht sagen könne, wodurch dies bedingt sein könne, ob er sich nicht eines schädlichen Einflusses bewusst sei, konnte man nichts von ihm erfahren. Die Schlingbeschwerden waren anfangs nicht so bedeutend, als sie gegenwärtig sind, auch bemerkte Kranker keine auffallende Verschlimmerung in der neuesten Zeit. Im Uebrigen ist aus dem Kranken nichts zu erfahren, er will nie bedeutend krank gewesen sein ausser hie und da einen leichten Catarrh überstanden haben.

Mit der Schlundsonde untersucht entsteht heftige Brechbewegung, die Sonde rückt desshalb nur langsam vor, in der Gegend des 2.—3. Rückenwirbels stösst man mit der Sonde auf ein Hinderniss, welches wegen der anhaltenden Brechbewegungen nicht zu überwinden ist. Schmerz entsteht durch die Sonde nicht. Beim Trinken von Wasser hört man an der betreffenden Stelle ein deutliches Auf- und Absteigen der Flüssigkeit, auch hört man deutlich, wie die Flüssigkeit nach einiger Zeit das Hinderniss überwindet. Bei der Auscultation des Magens braucht die Flüssigkeit lange Zeit ehe sie in den Magen einströmt.

Der Stat. praes. ergab.

Körperbau klein, Aussehen etwas anämisch, Lippen, Conjunctiva blass; Gesicht etwas mager, Nasenrücken sehr flach, von der Stirne breit ausgehend. Muskulatur ziemlich entwickelt, Hals breit, besonders nach der Seitengegend stark gewölbt, unter dem Ringknorpel eine ziemlich grosse Anschwellung, die mit der auf der Seite vergrösserten Thyreoidea zusammenhängt. Thorax vorne von normaler Figuration, an der Wirbelsäule findet sich

eine leichte Skoliose nach rechts, das rechte Schulterblatt steht etwas vor. Die Percussion ist beiderseits normal, die obere rechte Seite hinten über und auf dem Schulterblatt gibt in Folge des Standes des Schulterblatts einen hellen aber tieferen Percussionston als auf der entsprechenden Stelle der anderen Seite. Das Herz ist um weniges vergrössert, der Herzstoss ist sehr stark, die ganze linke Seite erschütternd, die Pulsation ist an der A. radial. im Vergleiche mit dem starken Herzstosse klein und leicht compressibel; die Herzpalpitationen will Patient gleichzeitig mit den Schlingbeschwerden bekommen haben.

Die Auscultation gibt an einigen Stellen der Lunge rauhes vesiculäres Athmen mit einzelnen mittelblasigen Rasselgeräuschen (also Catarrh der Bronchien). Die Herztöne sind rein, die Aufeinanderfolge sehr rasch, der zweite Pulmonalton nicht verstärkt. Andere Auscultationserscheinungen, namentlich ein systolisches Schwirren, woran ich natürlich zunächst denken musste, konnten an keiner Stelle des Thorax trotz der genauesten Untersuchung aufgefunden werden. Die Untersuchung des Ringknorpels an seiner hinteren Seite mit dem Finger ergab nichts abnormes.

Unterleib, Extremitäten normal, Drüsen sind an anderen Körperstellen keine geschwollen.

Fragen wir uns, was wir von diesem Falle zu denken haben, und welche Diagnose wir gestellt haben, so ist es zunächst klar, dass mir nur 3 Möglichkeiten übrig geblieben waren, nämlich die Annahme einer einfachen Strictur, die Annahme eines Aneurysmas oder die Annahme einer Drüsengeschwulst. Von diesen 3 Möglichkeiten würde aber die erste die Erscheinungen wie wir sie am Herzen gefunden, nicht erklären, es blieb uns

also nur die Wahl zwischen den beiden letzten Affectionen. Ausser den Erscheinungen an dem Herzen und dem Radialpulse hatten wir keine andern Erscheinungen, die für ein Aneurysma sprachen, es wäre dies aber kein Beweis, dass ein solches nicht existiren könnte und die Möglichkeit muss auch jetzt noch zugestanden werden.

Betrachten wir jedoch die Vergrösserung der Thyreoidea besonders in der seitlichen Gegend [1]), und suchen wir dieselben mit den Erscheinungen des Herzens und der Stenose des Oesophagus in Einklang zu bringen. Offenbar ist es, dass durch Druck auf einen grösseren Gefässast, besonders wie hier in der Nähe des Herzens dieselben Erscheinungen hervorgerufen werden müssen, wie bei einer gewöhnlichen Stenose an den Klappen der Art., d. h. also eine grössere Ausdehnung des Herzens, dabei eine Hypertrophie der Muskulatur des Herzens, um die entgegenstehenden Hindernisse zu überwinden. Einen solchen Druck konnte aber die Vergrösserung der Thyreoidea wenn auch nur mittelbar verursachen. Auch die Stenose des Oesophagus wäre erklärt, nur wäre der Sitz nicht genau der Stelle entsprechend (man müsste annehmen, dass vielleicht eine ähnliche Affection der in der Gegend der Bifurcation gelegenen Drüsen vorhanden wäre). Auch der Catarrh der Lungen liesse sich durch die gehinderte Respiration in Folge des Drucks auf die Trachea durch die Schilddrüse zum Theil erklären.

---

[1]) Ueber die Entstehung derselben will ich bemerken, dass der Kranke auch nicht im Stande war, viel darüber anzugeben, selbst nicht wie lange sie schon bestehe.

Letztere Annahme schien mir die wahrscheinlichste, da sie Alles erklärte, doch wurde eine genaue Feststellung der weiteren Beobachtung und Untersuchung überlassen.

Der Kranke wurde durch einige Zeit mit der Schlundsonde behandelt und da ich die Affection von der Anschwellung der Drüsen herleitete Jodkalium innerlich gereicht.

Bei einer späteren Untersuchung war ich ebenfalls nicht im Stande die Diagnose zu ändern, resp. festzustellen, die Erscheinungen waren ganz dieselben, wie bei der ersten Untersuchung; am Herzen wurde zuweilen ein systalisches Blasen vernommen, die Vergrösserung des Herzens hatte nicht zugenommen, auch waren anderweitige Veränderungen durch die Untersuchung nicht nachweisbar. Patient wollte trotzdem Erleichterung bemerkt haben.

Leider stellt sich betreffender Patient in der Folge nicht mehr, so dass uns dieser für die Diagnose höchst wichtige Fall verloren ging.

Noch haben wir einige Worte hinzufügen, zur Verhütung der Verwechslung mit anderen Affectionen der Speiseröhre oder des Magens. Was zunächst die Krankheiten des Magens betrifft, so ist beim Gebrauche der Schlundsonde keine Verwechslung mehr möglich.

Anderweitige Affectionen der Speiseröhre, die mit der Stenose zu verwechseln wären, sind hauptsächlich der Krampf und zum Theil auch die Paralyse.

Die differentielle Diagnose zwischen Stenose und Krampf liegt besonders in folgenden Momenten. Beim Krampf der Speiseröhre ist das Hinderniss nicht an einer bestimmten Stelle, sondern steigt auf und ab, meist findet er sich bei hysterischen Frauen, bei denen auch noch andere hysterische Erscheinungen vorkommen.

Die Beschwerden beim Schlingen entstehen momentan und halten nicht lange an, und werden besonders durch kalte Nahrung hervorgerufen; beim Einführen einer geknöpften Sonde, besonders wenn man dieselbe einige Zeit lässt, verschwindet er sofort.

Bei Paralyse finden auch Schlingbeschwerden statt, sie finden sich hauptsächlich bei alten Leuten bei Apoplexien, die Sonde findet keinen Widerstand, Schmerz ist nicht vorhanden, auch kann der Kranke kein Hinderniss angeben; flüssige Substanzen geben dabei eher ein Hinderniss als feste.

Ausgänge und Prognose.

Wie sich aus der Beschreibung der pathologischen Verhältnisse eigentlich von selbst ergibt, endigt eine Anzahl derselben theils durch die Stenose theils durch dieselbe bedingende Momente, wornach sich dann natürlich auch die Prognose zu richten hat. Absolut ungünstig ist die Prognose bei Carcinom, mag es ausgehen von welchem Organ es immer will, ungünstig oder wenigsten dubiös bei Aneurysmen und bei fremden Körpern auch bei Spondylothorcace, günstig dagegen bei einfachen Stricturen bei Narbenbildung, allenfalls auch bei Polypen und Vergrösserung von Drüsen, die einer Verkleinerung fähig sind.

Therapie.

In Bezug auf die Behandlung der Stenosen ist das Hauptmittel die Schlundsonde, die man am besten durch die Rinne zwischen dem Zungenrande und den Gaumenbögen einführt, es entstehen auf diese Weise meist erst Brechbewegungen, wenn die Sonde schon ziemlich tief eingedrungen ist, so dass dieses unangenehme Hinderniss wegfällt und man mit leichten drehenden Bewegungen weiter vorschreiten kann [1]), wenn man nur einigermassen behende zu Werke geht. Das Einführen der Sonde muss indess mit der grössten Schonung vor sich gehen, da sich sonst leicht unangenehme Ereignisse einstellen könnten, besonders bei Aneurysma und krebsigen Affektionen im vorgerückteren Stadium.

Bei Abercrombie findet sich ein Fall, in dem mit der eingeführten Sonde ein Aneurysma durchstossen wurde.

Bei krebsigen Infiltrationen ist besonders dann Vorsicht nöthig, wenn im vorgerückterem Stadium das Schlucken plötzlich besser von Statten geht, was dann meist für Besserung des Zustandes gehalten wird, doch aber eigentlich nur eine Verschlimmerung ist, da es darauf hindeutet, dass der Krebs in Verjauchung begriffen ist und das Lumen nur für kurze Zeit durch die losgestossenen Exulcerationen durchgängiger geworden.

---

[1]) Gewöhnlich wird angegeben, dass man genau die Mitte zwischen Zunge und Gaumengewölbe mit Umgehung der Urula einhalten müsse, der dadurch meist hervorgebrachte Brechreitz ist ausserordentlich hinderlich, einen besonderen Vortheil gewährt dies Verfahren nicht.

In allen übrigen Fällen ist der Gebrauch der Sonde das einzige Mittel, das Besserung und Erleichterung erzielt oder vollständige Heilung.

Im Wintersemester $18^{60}/_{61}$ kam ein Kranker ins Juliusspital mit einer einfachen Strictur. Nach dem Gebrauch der Sonde durch einige Zeit konnte Patient wieder Alles ungehindert hinabschlucken.

Ebenso sieht man bei Narbencontractionen die ausgezeichnetsten Erfolge mit der Schlundsonde. Was die Art der Sonden betrifft, so habe ich gefunden, dass am besten Sonden aus Fischbein verwendet werden, an deren vorderm Ende sich ein kleiner Schwamm befindet. Sie werden in der Weise angewandt, dass man allmälig zu Sonden von stärkerem Caliber schreitet mit einem grösseren vorn befestigten Schwamme. Diese Art der Sonden ist den aus Kautschuck verfertigten mit olivenförmiger Verdickung, namentlich denen, bei welchen mehrere Verdickungen von grösserem Caliber hinter einander stehen, jedenfalls vorzuziehen.

Ist die Verengerung so gross, dass schon keine Flüssigkeiten mehr hindurch können, so muss man eine Kautschuckröhre einführen, an deren Spitze sich seitliche Oeffnungen befinden, dieselbe durch die Strictur durchstossen, um den Kranken künstlich zu füttern.

Ausser dieser Behandlung mit der Sonde bleibt noch die causale Behandlung und das symptomatische Heilverfahren zu erwähnen übrig.

Nur in wenig Fällen lässt sich, wie dies leicht aus der Beschreibung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse zu ersehen ist, gegen die Ursache der Verengerung selbst direct einschreiten, so kann man zwar Abscesse öffnen, fremde Körper, die sich in der Speiseröhre befinden, kann man ausziehen oder in den Magen

hinabstossen, Polypen können ebenfalls bei hohem Sitze entfernt werden, doch was bleibt uns bei der übrigen Zahl der beschriebenen Affectionen übrig? Um desshalb wenigstens dem Kranken seinen Zustand zu erleichtern, müssen wir das symptomatiche Heilverfahren in Anwendung bringen, die dem Kranken lästigsten Symptome zu beseitigen suchen. Hauptsächlich ist die Schmerzhaftigkeit zu berücksichtigen, das quälende Gefühl des Hungers, der beständige Drang zu schlucken, der sogenannte Tenesmus pharyngis. Gegen diese Symptome müssen wir die ganze Reihe der Narcotica versuchen, auch leichte Hautreize sind indicirt [1]) sowie auch nährende Clystiere und Bäder.

Zum Schlusse noch einige Worte über die Oesophagotomie und die Anlegung einer Magenfistel.

Die Oesophagotomie, von Quattani zuerst ausgeführt ist nur dann indicirt, wenn ein fremder Körper in die Speiseröhre eingedrungen ist, heftige Erscheinungen, namentlich Erstickungsanfälle hervorruft und auf keine Weise weder herausgezogen noch hinabgestossen werden kann. Dabei muss der Sitz [2]) des Körpers ein ziemlich hoher sein [3]) da bei tieferem Sitze sich dieselben vielleicht noch grössere Schwierigkeiten darbieten würden, wie bei dem Ausziehen oder Hinabstossen durch den Mund.

---

[1]) Der Gebrauch des Haarseils, die Anwendung von Vesicatoren, Moxen und anderen revulsorischen Mitteln dürften wohl kaum noch in Anwendung zu bringen sein.

[2]) Bei Richter finde ich einen Fall, wo ein Mann das Stück einer Tabakspfeife verschluckt hatte. Derselbe sass im obern Theile des Oesophagus, erregte heftige Erscheinungen und konnte nicht ausgezogen noch hinabgestossen werden. Die Oesophagotomie wurde vollführt mit glücklichem Erfolge.

[3]) Jedenfalls nicht unter das Sternum ragen.

Das Anlegen einer Magenfistel hat ebenfalls eine ganz bestimmte Indication und darf nur dann verrichtet werden, wenn das zu Grunde liegende Uebel nicht schon an und für sich tödtlich ist und durch die Erhaltung des Kranken auch die Beseitigung des Uebels mit Bestimmtheit angenommen werden kann.